

Случай лечения больного с карциноидом тонкой кишки

А.А. ШУДРАК, Г.Г. МАКАРОВ, И.А. ИВАНОВ

Резюме. В статье приведен случай с клинической практики карциноида тонкой кишки осложненного кишечным кровотечением. Приведено хирургическое лечение с положительным наблюдением на протяжении 6 месяцев.

Ключевые слова: карциноид, карциноидный синдром.

The case from the clinical practice of small intestine carcinoids

A. SHUDRAK, G. MAKAROV, I. IVANOV

Summary. The article shows the case from the clinical practice of small intestine carcinoids (carcinoma) complicated with intestinal bleeding. Surgical treating under 6 month favorable observation is given.

Key words: carcinoids (carcinoma), carcinogenic syndrome.

УДК 616.366-003.7-06-073.43 +616.366-003.7-089-06

Способы выполнения конверсии при лапароскопической холецистэктомии

А.Х. ЮЛДАШЕВ

Целью работы явилось обоснование выбора доступа при выполнении конверсии при лапароскопической холецистэктомии. В нашем исследовании конверсия была выполнена в 34 случаях из 1153 (2,95%) лапароскопических холецистэктомий: при выполнении ЛХЭ по поводу хронического холецистита в 17 случаях из 996 (1,7%), по поводу острого холецистита в 17 из 157 (10,8%). Наиболее распространенными при конверсии доступами к органам билиарной системы являются косой доступ по Кохеру и верхне-срединный доступ. Выбор доступа для осуществления конверсии зависит от причины конверсии.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, конверсия, лапаротомия.

Несмотря на то, что лапароскопическая холецистэктомия является «золотым стандартом» в лечении желчекаменной болезни, в некоторых случаях приходится прибегать к лапаротомии (конверсии). Переход от лапароскопической холецистэктомии к лапаротомии – одна из нередких неудач ЛХЭ, чаще определяется как предел возможности лапароскопического способа холецистэктомии в конкретной ситуации. Частота переходов (конверсии), по данным литературы составляет 1,5–12,2%, в среднем 5,1% [1, 4, 11, 12, 14]. На сегодняшний день нет абсолютных критериев, четко указывающих на необходимость отказа от применения

лапароскопии как диагностического метода определения возможности выполнения холецистэктомии лапароскопическим путем [3, 8, 9].

Основными принципами в принятии решения о конверсии большинство авторов считают необходимость и благоразумие [7, 10, 15]. Конверсия «по благоразумию» при сложных топографо-анатомических особенностях и выраженных воспалительных и инфильтративных изменениях в области треугольника Кало не является недостатком метода и хирурга, но принятие подобного решения не должно быть поздним, так как увеличение продолжительности операции нивелирует ее преимущества и повышает риск развития осложнений [8, 12, 13].

Конверсия «по необходимости» – естественный выход при возникновении осложнений (кровотечение, повреждение холедоха, полых органов и др.), которые невозможно или сложно устранить лапароскопическим способом [1, 3, 7].

Частота конверсии при хроническом холецистите по данным различных авторов составляет 1,5–12,2% [2, 5, 6, 11, 15], а при остром холецистите – 20–59,5% [2, 9, 10].

Целью исследования явилось обоснование выбора доступа при выполнении конверсии при лапароскопической холецистэктомии.

Материал и методы

В нашем исследовании конверсия была выполнена в 34 (2,95%) случаях из 1 153 лапароскопических холецистэктомий, выполненных в отделении неотложной хирургии клиники абдоминальной хирургии Главного военного клинического госпиталя МО Украины. Конверсия произведена при выполнении ЛХЭ по поводу хронического холецистита в 17-ти (1,7%) случаях из 996, по поводу острого холецистита – в 17-ти (10,8%) из 157.

Наиболее распространенными при конверсии доступами к органам билиарной системы являются косой доступ по Кохеру и верхне-срединный доступ. Конверсия доступом по Кохеру выполнена в 25-ти (2,17%) случаях, верхне-срединная лапаротомия – в 8-ми (0,69%), параректальный – в 1-ом (0,09%).

Параректальный доступ осуществлялся вертикальным разрезом передней брюшной стенки в правом подреберье длиной 4–6 см на 5–7 см правее средней линии (по краю прямой мышцы живота), начиная от края реберной дуги. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и передней стенки влагалища прямой мышцы у ее латерального края, волокна прямой мышцы отводились медиально, обнажая заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. После рассечения задней стенки влагалища прямой мышцы живота с фиксированной к ней париетальной брюшиной лапаротомный доступ проекционно был ориентирован на область гепатодуоденальной связки.

Результаты и их обсуждение

В большинстве случаев острого холецистита более оправданным (для исключения инфицирования свободной брюшной полости) является косой подреберный доступ. Он выполнен у 16ти человек, лишь в одном случае – при разрыве и выпадении контейнера в брюшную полость осуществили срединную лапаротомию.

Во всех случаях кровотечения (из ложа желчного пузыря, пузырной артерии) умеренной и средней интенсивности выполнена конверсия из косога доступа, лишь при тяжелом интенсивном угрожающем жизни кровотечении – повреждении воротной вены, для экстренного доступа в брюшную полость конверсия осуществлена срединным доступом.

Во всех 9-ти случаях выраженных воспалительных изменений в области шейки желчного пузыря и треугольника Кало (5-флегмонозный, 4 – гангренозный холецистит), а также в 2-х случаях рубцово-склеротических изменений этой зоны выполнена конверсия доступом Кохера. В одном случае рубцовых изменений в шейке желчного пузыря выполнена конверсия срединным доступом, в другом случае конверсия осуществлена параректальным доступом в связи со спаечным процессом в верхнем этаже брюшной полости вследствие перенесенной резекции желудка.

При повреждении холедоха в 3-х случаях осуществлен доступ Кохера, в одном – срединный доступ. При подозрении на холедохолитиаз во всех трех случаях выполнена конверсия косым доступом. Необходимость дренирования холедоха как причины конверсии встретилась в 3-х случаях: доступ Кохера – в одном случае (геморрагический панкреонекроз), срединный доступ – в двух случаях (индуративный панкреатит, опухоль головки поджелудочной железы).

Такие причины конверсии, как повреждение тонкой кишки, разрыв и выпадение контейнера и камней, рак яичника потребовали выполнения срединного доступа так, как из косога доступа эти осложнения устранить не представлялось возможным. После коррекции кардио-респираторных нарушений как причин осложнений карбоксиперитонеума, приведших к конверсии, последнюю осуществляли наиболее удобным доступом – по Кохеру (таблицы № 1, 2).

Существенным недостатком срединного доступа является большая вероятность образования в послеоперационном периоде грыжевого дефекта. Косой доступ лишен такого недостатка, однако при нем чаще встречается нагноение послеоперационной раны.

После срединной лапаротомии при конверсии мы отметили образование вентральной грыжи у 3-х пациентов в течение ближайших 3-х лет. Нагноение послеоперационной раны отмечено в 2 случаях – после конверсий, связанных с механической желтухой на почве опухоли головки поджелудочной железы (после релапаротомии по поводу кровотечения из

Таблица 1

Выбор доступа в случаях конверсии при выполнении лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического холецистита

Причина конверсии	Число наблюдений	Лапаротомный доступ		
		по Кохеру	срединный	параректальный
Кровотечение из ложа желчного пузыря	2	2		
Повреждение пузырной артерии	1	1		
Рубцово-склеротические изменения в зоне шейки желчного пузыря	4	2	1	1
Прокол тонкой кишки иглой Вереша	1	-	1	
Необходимость дренирования холедоха	3	2	1	
Повреждение холедоха	2	1	1	
Подозрение на рак яичника	1	-	1	
Повреждение воротной вены	1	-	1	
Осложнения пневмоперитонеума	2	2		
Всего	17	9	7	1

Таблица 2

Выбор доступа в случаях конверсии при выполнении ЛХЭ по поводу острого холецистита

Причина конверсии	Число наблюдений	Лапаротомный доступ		
		по Кохеру	срединный	параректальный
Кровотечение из ложа желчного пузыря	1	1	-	
Повреждение пузырной артерии	1	1	-	
Воспалительно-инфильтративные изменения в зоне шейки желчного пузыря	9	9	-	
Повреждение холедоха	2	2	-	
Разрыв контейнера	1	-	1	
Подозрение на холедохолитиаз	3	3	-	
Всего	17	16	1	-

ложа желчного пузыря), индуративного панкреатита (после формирования подпеченочного абсцесса на 7-е сутки после операции). В обоих случаях произошло нагноение раны косо́го доступа в правом подреберье, когда были пересечены мощные мышечные массивы брюшной стенки, а также были нарушены коагуляционные свойства крови на фоне механической желтухи.

Продолжительность лечения больного в стационаре после лапароскопической холецистэктомии (исключая конверсию) составила в среднем $3,81 \pm 0,03$ суток, а после конверсии срок лечения, естественно, удлинялся и составил $8,92 \pm 0,55$ суток (доступ Кохера), $8,25 \pm 1,54$ (верхне-срединная

лапаротомия). Трудоспособность восстанавливалась на 7–14 сутки после вмешательства.

Традиционные лапаротомные доступы не позволяют закончить лечение больных (при прочих равных условиях неосложненного течения послеоперационного периода) ранее 6–7 суток. Однако, сроки послеоперационного периода после лапароскопической операции и лапаротомии не должны противопоставляться друг другу, большее значение имеет равнозначные сроки послеоперационного лечения пациентов после разных доступов конверсии (сроки лечения достоверно не отличались $p < 0,05$).

Выводы

1. Своевременный переход на лапаротомию позволяет провести полноценную коррекцию имеющейся патологии и ведет к профилактике возможных осложнений.

2. Выбор доступа для осуществления конверсии зависит от причины конверсии:

– при экстремальных ситуациях (профузное кровотечение) и сложных топографо-анатомических особенностях (тяжелое повреждение гепатикохоледоха, синдром Мириizzi, повреждение полого органа) необходимо выполнить срединную лапаротомию;

– при рубцовых и воспалительных изменениях, затрудняющих идентификацию элементов треугольника Кало, а также при венозном кровотечении из ложа желчного пузыря показано завершение операции доступом в правом подреберье.

Литература

1. Дюжев О.С. Завершения лапароскопічних втручань на жовчних протоках / О.С. Дюжев // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 44–46.
2. Вальтер В.Г. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / В.Г. Вальтер, В.Е. Кутуков // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т. 5. – № 1. – С. 101.
3. Галлингер Ю.И. Повреждения гепатикохоледоха при лапароскопической холецистэктомии. / Ю.И. Галлингер // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т. 5. – № 1. – С. 104.
4. Ермелычев А.А. Острый холецистит – пограничная проблема лапароскопической и открытой холецистэктомии. / А.А. Ермелычев, Л.А. Федун, В.Т. Гейну // Укр. журн. малоінвазив. та ендоскопіч. хірургії. – 1999. – № 4. – С. 19–23.
5. Иващенко В.В. Конверсия при лапароскопической холецистэктомии: неудача, своевременное тактическое решение либо заранее спланированное изменение тактики / В.В. Иващенко, К.К. Скворцов // Клін. хірургія. – 2000. – № 7. – С. 45–46.
6. Выполнение холецистэктомии с применением минимального доступа / А.Ц. Комаровский, Ю.Ф. Малиновский, А.А. Скомаровский, И.А. Титомир // Клін. хірургія. – 1997. – № 7–8. – С. 104–105.
7. Кригер А.Г. Опасности, ошибки, осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях. / А.Г. Кригер, К.Э. Ржебаев // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т. 5, № 1. – С. 90–97.

8. Ничитайло М.Е. Уроки лапароскопической холецистэктомии / М.Е. Ничитайло // Клінічна хірургія. – 2001. – № 10. – С. 6–9.
9. Хатьков И.Е. Рациональная хирургическая тактика при кровотечении из пузырной артерии во время лапароскопической холецистэктомии / И.Е. Хатьков // Эндоскоп. хир. – 1997. – Т. 3, № 1. – С. 30–31.
10. Brodsky A. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: can the need for conversion and the probability of complications be predicted? / A. Brodsky, I. Matter, E. Sabo // Surg.endosc. – 2000. – Aug.Vol. 14, N. 8. – P. 755–760.
11. Коо К.Р. Do preoperative indicators predict the presence of common bile duct stones during laparoscopic cholecystectomy? / К.Р. Коо, L.W. Traverso // Am. J. Surg. – 1996. – V. 171, N. 5. – P. 495–499.
12. Nguyen Th.L. Laparoscopic cholecystectomy. Vascular and biliary complications / Th.L. Nguyen, S. Houry, M. Huguier // Ann.Chir. – 1997. – V. 51, N. 3. – P. 237–242.
13. Sanabria J.R. Risk factors in elective laparoscopic cholecystectomy for conversion to open cholecystectomy / J.R. Sanabria, S. Gallinger // J. Am. Coll. Surg. – 1994. – V. 179, № 6. P. 696–704.
14. Seligman J.Y. Common bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy: report of two cases / J.Y. Seligman, J.J. Ragland // J. Am. Osteopath. Assoc. – 1997. – V. 97, N. 4. – P. 233–235.
15. Voyles R. A practical approach to laparoscopic cholecystectomy / R. Voyles, A. Petro, A. Meena // Am. J. Surg. – 2005. – V. 161. – P. 365–370.

Способи виконання конверсії при лапароскопічній холецистектомії.

А.Х. ЮЛДАШЕВ

Резюме: Метою роботи стало обґрунтування вибору доступу при виконанні конверсії при лапароскопічній холецистектомії. У нашому дослідженні конверсія була виконана у 34 випадках із 1153 (2,95%) лапароскопічних холецистектомій: при виконанні ЛХЕ з приводу хронічного холециститу в 17 випадках зі 996 (1,7%), з приводу гострого холециститу в 17 з 157 (10,8%). Найбільш поширеними при конверсії доступами до органів біліарної системи є косий доступ за Кохером і верхньо-середній доступ. Вибір доступу для здійснення конверсії залежить від причини переходу.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, конверсія, лапаротомія.

How to perform the conversion during laparoscopic cholecystectomy

A. YULDASHEV

Summary: The aim of work was the rationale for the choice of access in the exercise of conversion during laparoscopic cholecystectomy. In our study, conversion was performed in 34 cases from 1153 (2.95%) laparoscopic cholecystectomy: if the LHE about chronic cholecystitis in 17ti cases out of 996 (1.7%) for acute cholecystitis in 17ti of 157 (10, 8%). Most common in the conversion of access to biliary system are oblique access Kocher and upper-middle access. The choice of access to carry out the conversion depends on there reasons for conversion.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, conversion, laparotomy.